„JESTEŚMY OD RATOWANIA I POMOCY – NIE OD CZEGOKOLWIEK INNEGO"

Z profesorem dr. n. med. Michałem Troszyńskim
rozmawia Wojciech Chudy

Wojciech CHUDY: *Panie Profesorze, jest Pan wieloletnim doświadczonym położnikiem. Pracował Pan na polu rodzenia się nowego w różnych okresach i warunkach. Jak zarysowałby Pan ewolucję dokonaną na przestrzeni lat w tej dziedzinie?*

Prof. Michał TROSZYŃSKI: Istotnie od 1952 roku uczestniczyłem w tworzeniu się „nowego" u boku i pod kierunkiem prof. dr. hab. I. Roszkowskiego, będąc Jego wieloletnim najbliższym współpracownikiem. Najpierw cztery lata w Poznaniu, a potem dziewiętnaście lat w II Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie. Ostatnie szesnaście lat – od 1975 do 1991 roku – pracowałem na samodzielnym stanowisku w Instytucie Matki i Dziecka jako kierownik zorganizowanej przeze mnie Kliniki Położnictwa i Medycyny Perinatalnej i wicedyrektor Instytutu ds. Medycyny Rozrodczości. Stanowisko w Instytucie łączyło się zarazem z uczestnictwem w krajowym nadzorze w położnictwie i ginekologii. Przez dziesięć ostatnich lat byłem przewodniczącym Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Patrząc na rozwój położnictwa w Polsce z perspektywy czterdziestu lat mojej zawodowej działalności, trzeba stwierdzić, że postęp czy ewolucja, jaka się w tej dziedzinie dokonała, jest ogromna. W okresie tuż powojennym większość kobiet w Polsce rodziła w domu pod opieką starszych akuszerek lub młodej generacji położnych. Opieka przedporodowa w okresie ciąży była dla większości społeczeństwa nieznana. Brak było lekarzy i położnych, braki dotyczyły zresztą wszystkiego, na przykład leków lub sprzętu medycznego. W takich warunkach rodziło się w Polsce 700-800 tys. dzieci rocznie. Umieralność okołoporodowa w tamtym okresie wynosiła 70-80 na 1000 porodów. W tym czasie w Europie Zachodniej umieralność ta wynosiła 30-40 na 1000 porodów. Zgony matek wynosiły wówczas w Polsce około 80-100 na 100 tys. żywych urodzeń, podczas gdy w Europie Zachodniej około 30.

Po kilku latach, gdy przyrost kadry lekarzy i położnych na to pozwolił, zorganizowane zostały poradnie dla kobiet i można było wdrożyć zasady

systematycznej kontroli kobiet w czasie ciąży, a porody od 1962 roku zostały przeniesione do oddziałów położniczych w szpitalach. Zwiększyło to bezpieczeństwo kobiet w czasie ciąży i porodu, pozwoliło też na organizację oddziałów z opieką pediatryczną dla noworodków. W oddziałach położniczych powstały pododdziały patologii ciąży w celu hospitalizacji kobiet ciężarnych z ciążą powikłaną, wymagających pilniejszej obserwacji i leczenia. W roku 1975 umieralność okołoporodowa noworodków wyniosła 25‰, a zgony matek spadły do 10-25 na 100 tys. Były to w owym czasie liczby i wskaźniki porównywalne ze wskaźnikami niektórych krajów Europy Zachodniej. Na te osiągnięcia złożyło się wiele czynników. Przede wszystkim lepsza organizacja opieki perinatalnej i większa świadomość społeczeństwa co do potrzeby badań kontrolnych w czasie ciąży, a ponadto znaczny postęp w medycynie: udoskonalone techniki operacji położniczych, rozwój anestezjologii, szerokie stosowanie transfuzji krwi w przypadkach krwotoków i wprowadzenie antybiotyków do terapii zakażeń przy jednoczesnym rozwoju profilaktyki zakażeń i nowoczesnych zasad aseptyki i antyseptyki. W tym czasie rozwinęła się nowa dziedzina wiedzy medycznej na styku położnictwa i pediatrii – medycyna perinatalna albo perinatologia. Postęp dokonał się dzięki nowym osiągnięciom biochemii i bioelektroniki. O ile do tej pory jedynym nieinwazyjnym sposobem nadzoru stanu dziecka w łonie matki było osłuchiwanie bicia serca płodu za pomocą słuchawki Pinarda, to wprowadzenie rejestracji czynności serca płodu i amplitudy oraz częstości skurczów macicy za pomocą kardiotopografu stworzyło możliwości obiektywnej oceny stanu trwania ciąży i porodu.

Od tej pory nadzór nad stanem płodu w ostatnich tygodniach ciąży dał realne szanse na urzeczywistnienie marzeń całych pokoleń położników. Gdy Armstrong po powrocie na Ziemię ze swojej słynnej wędrówki po Księżycu został zapytany, jakie jest teraz jego spojrzenie, odpowiedział: „Chciałbym tak samo słyszeć bicie serca mojego dziecka tu na Ziemi, jak wy słuchaliście mojego, gdy byłem na Księżycu" (jego żona była wtedy w ciąży). I firma Hewlett-Packard, która wyprodukowała aparaturę dla potrzeb badań biofizycznych kosmonautów w kosmosie, odpowiedziała pozytywnie na to wyzwanie. Jednocześnie przy udoskonalonych metodach i opracowaniu nowych technik badań biochemicznych medycyna perinatalna uzyskała nowe możliwości wczesnego rozpoznawania zagrożeń dla rozwoju płodu i wypracowała metody postępowania profilaktycznego oraz leczniczego dziś mające już charakter rutynowy. Są to badania gazometryczne, badania hormonalne i enzymatyczne. W tym samym czasie rozwinęła się nowa technika elektroniczna – obrazowania dziecka w łonie matki, technika oceny wielu parametrów biofizycznych pozwalających na rozpoznanie prawidłowości rozwoju wewnętrznego i stosunków anatomicznych. Ultrasonografia jest wciąż w trakcie rozwoju, coraz bardziej doskonalona, pozwala nie tylko na uzyskanie obrazu, lecz także na pomiary przepływu krwi przez naczynia pępowinowe i maciczne, na wykrywanie

niektórych wad wrodzonych i zaburzeń rozwojowych. A wiedza ta pozwala na opracowanie metod leczenia, nawet operacyjnego, wewnątrzłonowego. Dotyczy to oczywiście niektórych tylko wad, ale są to właśnie te przypadki, w których dziecko nie miałoby szans na przeżycie.

Umieralność okołoporodowa w latach dziewięćdziesiątych w Polsce kształtuje się na poziomie około 13 na 1000 urodzeń. Jest ona przeszło pięciokrotnie niższa, niż była we wczesnych latach pięćdziesiątych, ale w porównaniu z większością krajów Zachodu jest ciągle prawie dwa razy wyższa. Decyduje tu kilka czynników o podstawowym znaczeniu i tylko pośrednio związanych z medycyną. Jest to przede wszystkim niski poziom higieny dużej części naszego społeczeństwa, mała dbałość o własne zdrowie, szeroko rozpowszechniony alkoholizm, który można już uznać za główną plagę społeczną, na bazie którego rozprzestrzeniają się inne patologie życia osobistego, rodzinnego i społecznego. Wśród kobiet rodzących jest około 10 do 15% przypadków o wysokim ryzyku nieprawidłowego przebiegu ciąży lub porodu. Pochodzą one głównie ze środowisk szczególnie zaniedbanych, kobiet o niskim standardzie socjalnym, pracujących fizycznie, obarczonych liczną rodziną, dojeżdżających do pracy z okolic podmiejskich, niejednokrotnie maltretowanych przez mężów. Te kobiety nie przychodzą do kontroli lub przychodzą bardzo późno i wymagają często pomocy społecznej, o którą w naszym kraju jeszcze ciągle trudno.

Opieka przedporodowa powinna być czynna, a jest raczej bierna. Do społeczeństwa należałoby wyjść z programem oświatowym; pewną rolę spełnić tu może odpowiednia edukacja prowadzona już w szkole, a także dla doraźnych potrzeb przez radio i telewizję. Jest to jednak praca długofalowa i na efekty trzeba czekać latami. Potwierdza się u nas prawidłowość zauważona przez Tudora Harta: osoba lub grupa społeczna, która najbardziej potrzebuje pomocy, zwykle najmniej jej otrzymuje.

Od 1984 roku, a więc przez ponad 10 lat jest w Polsce wprowadzana trójstopniowa selektywna opieka perinatalna według strategii znanej już co najmniej od dwudziestu lat na Zachodzie. Adaptacja tego systemu do warunków polskich wymaga dużego wysiłku organizacyjnego, jak również odwagi w planowaniu i konsekwentnym realizowaniu. Założenia tego typu programu są jednak opracowane i sukcesywnie wprowadzane w życie. Jest to przedsięwzięcie skomplikowane, gdyż wymaga działań kompleksowych i pewnych społecznych inicjatyw, bez czego wprowadzenie jakichkolwiek zmian byłoby raczej niemożliwe. W krajach, gdzie system ten działa od lat z górą dwudziestu, początki też były niełatwe.

I jeszcze jedno: powodzenie w położnictwie jest ściśle związane z dobrą współpracą neonatologiczną. Niemożliwe jest tutaj, w krótkim wywodzie, przedstawienie realizowanego obecnie programu w sposób zadowalający. Trzeba jednak powiedzieć, że największe straty w populacji rodzących się

dzieci dotyczą urodzonych przedwcześnie i z niską masą urodzeniową. Takich noworodków jest w Polsce około 8,5%. W tej grupie wcześniaków mieści się zarazem trzy czwarte wszystkich zgonów okołoporodowych, tj. w pierwszym tygodniu życia po urodzeniu. Pewna część tej liczby może być jednak przewidywalna. Wcześniejsze wykrycie zagrożenia może uratować życie. Wysłanie matki do ośrodka referencyjnego w systemie trójstopniowym selektywnym (chodzi tu o szpitale wojewódzkie lub kliniki akademickie wyposażone w odpowiednią, o wysokim stopniu specjalizacji, kadrę neonatologiczną i aparaturę do monitorowania stanu noworodka) pozwala na skuteczną interwencję w tym względzie. Takich ośrodków w Polsce, drugiego i trzeciego szczebla referencji, potrzeba kilkadziesiąt, w przyszłości jeszcze więcej. W organizacji takiej opieki niepoślednie miejsce zajmuje również komunikacja i transport.

Dążymy w kierunku realizacji takiego systemu i trzeba być optymistą, że zrealizujemy go, oby tylko w czasie niezbyt odległym.

W.CH.: *Panie Profesorze, nawiązując do kwestii stosowania nowoczesnych środków w czasie ciąży i trendów z tym związanych, chciałbym zapytać, jaki jest Pana stosunek do zjawiska – niedawno bardzo modnego – którym jest poród w znieczuleniu? Jaką rolę odgrywa ból przy porodzie i czy Pan jest zwolennikiem znieczulania rodzącej?*

M.T.: Rzeczywiście lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte stanowiły lata walki z bólem porodowym. Należy jednak pamiętać, że każda ingerencja niesie ze sobą pewne ryzyko. W medycynie problemem bólu porodowego i jego zwalczania zajmowało się wielu położników od bardzo dawna. Już w połowie ubiegłego stulecia zaczęto stosować hipnozę do zwalczania bólu porodowego, powstały wtedy podstawy nowoczesnej psychoterapii. W pierwszej połowie obecnego stulecia wypracowana została przez Płatonowa i Nikołajewa metoda psychoprofilaktyki i psychoterapii. W latach czterdziestych bieżącego stulecia położnik angielski R. Read opracował zasady porodu bez lęku i opisał triadę zespołu bólu, lęku i napięcia, co pozwoliło mu na postawienie hipotezy, że pod wpływem czynników cywilizacyjnych naturalna czynność rodzenia przeobraziła się u kobiet w zespół cierpienia i niemalże choroby. Za źródło lęku uznano brak zaangażowania rodzącej w proces rodzenia. Negatywną rolę w określaniu skurczów porodowych jako bólu odegrała tradycja wywodząca się, jak niektórzy sądzą (J. Boss), z nieadekwatnego przetłumaczenia odnośnego zwrotu z Księgi Rodzaju: „W bólu rodzić będziesz”. Podczas gdy raczej należałoby użyć określenia „z wysiłkiem” lub „uciążliwie” niż „w bólu”. Idea naturalnego porodu i profilaktyki porodu rozwinęła się w Europie Zachodniej w latach pięćdziesiątych. W Polsce psychoprofilaktykę porodu opracował i upowszechnił prof. Włodzimierz Fijałkowski, twórca polskiej szkoły naturalnego porodu.

Podstawowym elementem edukacji kobiet jest wyrobienie w nich właściwego spojrzenia na sposób przeżywania wysiłku porodowego i pozytywnego prawdziwie macierzyńskiego zaangażowania w trudnych chwilach wydawania na świat potomstwa. Ogromnie pomocnym i istotnym w tym procesie wsparciem psychicznym jest współodpowiedzialna i współczująca rola ojca dziecka. Coraz liczniejsze są takie małżeństwa, gdzie oboje rodzice uczestniczą w zajęciach szkół rodzenia i oboje wspólnie przeżywają rodzinny poród. Takie możliwości nowoczesna opieka perinatalna powinna zapewnić w warunkach oddziału położniczego, a w wybranych przypadkach – na życzenie rodziców – także w warunkach domowych.

W latach sześćdziesiątych, gdy rozwinęła się nowoczesna anestezjologia, zapanowała na Zachodzie moda na poród bezbolesny, prowadzony w znieczuleniu miejscowym. Znieczulenia dokonywane były na początku porodu u wielu rodzących, chociaż nie zawsze było to konieczne. Obecnie znieczulenie stosuje się przed operacjami położniczymi, a także wyjątkowo u pacjentek rodzących drogami naturalnymi, gdy poród się przedłuża i nie można opanować bólu.

Jak wiadomo, w każdym praktycznym działaniu po pewnym czasie zaczyna brać górę rutyna, gdzie już nie szuka się uzasadnienia: „dlaczego tak?", lecz pewne działania mało uzasadnione są traktowane jako normalne, a nawet konieczne. Był taki czas w położnictwie, kiedy cięcie cesarskie wiązało się z dużym ryzykiem dla matki i dlatego wykonywano je rzadko i tylko z ważnych wskazań, głównie z uwagi na stan matki. Wówczas liczba cięć cesarskich wynosiła 3-5 na 100 porodów. Decyzja była zależna od oceny, na ile można jeszcze prowadzić poród drogami naturalnymi, nie narażając życia dziecka. Potem wraz z postępem techniki operacyjnej rozszerzał się zakres tych operacji. W niektórych krajach, na przykład w latach sześćdziesiątych w Stanach Zjednoczonych, dokonywano od 25 do 30% cięć cesarskich. Obecnie tak wysoki odsetek cięć byłby szokujący. Odchodzi się także od metody porodu programowanego lub kierowanego na rzecz fizjologii i spontanicznej czynności porodowej, nie wymuszanej i nie przyspieszanej, jeżeli istotnie dobro dziecka tego nie wymaga. Na Zjeździe Brytyjskiego Towarzystwa Ginekologicznego w 1986 roku przodujące kliniki położnicze wykazywały 6-8% cięć cesarskich, podczas gdy kilka lat wcześniej wskaźnik ten w tych samych klinikach wynosił 15-20%.

Obecnie dokonuje się przewartościowania wielu praktyk i zabiegów położniczych stosowanych rutynowo z niepotrzebnym często angażowaniem nowoczesnych zdobyczy techniki. Dotyczy to także sposobu prowadzenia porodu: czy należy nadzorować każdy poród przy użyciu kardiotopografu, czy każda kobieta rodząca ma leżeć na plecach, czy pozwalać jej chodzić, czy kobieta w czasie porodu może pić lub jeść, jak ma oddychać, jaką powinna otrzymać pomoc w czasie porodu i jak dalece w ten akt ingerować, czy rutynowe nacięcie krocza w każdym przypadku ma uzasadnienie? Wiele rutynowo do niedawna

stosowanych praktyk położniczych jest obecnie krytykowanych i w dążeniu do naturalności odrzucanych jako zbędne, a nawet szkodliwe. Są one przykrym, a czasem wręcz poniżającym kobietę ingerowaniem w tak bardzo intymną czynność, jak poród – wydarzenie domowe i rodzinne. Dyskutuje się obecnie, które z tych czynności są nieodzowne, a które stanowią niepotrzebny balast tradycji poprzednich pokoleń lekarzy. Między innymi prof. Chalmers i jego współpracownicy w dwutomowym dziele *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* poddali ostrej krytyce wiele rutynowych czynności położniczych wykonywanych zwyczajowo, a nie mających dostatecznych podstaw w obiektywnej wiedzy.

W.CH.: *Panie Profesorze, chciałbym przejść do innego tematu, choć ciągle pozostać w tym nurcie ewolucji w położnictwie. Czy może Pan powiedzieć coś na temat porodu w domu albo na temat zwyczaju uczestniczenia ojca przy porodzie?*

M.T.: Pamiętam, jak w 1954 roku będąc dyżurnym pogotowia położniczego zostałem wezwany do domu w Poznaniu do kobiety rodzącej pierwszy raz. Była przy niej położna, ale drugi etap porodu się przedłużał, więc wezwała lekarza. Gdy stwierdziłem, że musi to być poród kleszczowy, bo rodząca nie ma sił na ostatni akt porodu, i zdecydowałem się przewieźć pacjentkę do szpitala, reakcja jej matki była zdecydowana i natychmiastowa: „To dziecko przyjdzie na świat w tym domu! Tu urodziłam się ja i tu urodzi moja córka – proszę pana doktora o przyjęcie porodu na miejscu". Co też uczyniłem. Dziecko urodziło się po zabiegu kleszczowym w stanie dobrym, a matka dziecka i cała rodzina przeżywała ten akt w podniosłym i radosnym nastroju.

Od tamtych czasów upłynęło sporo lat i zmieniło się w społeczeństwie i położnictwie wiele. Aby poród mógł się odbywać w domu, matce i dziecku powinno być zapewnione bezpieczeństwo. We wczesnych latach sześćdziesiątych odeszliśmy zupełnie od porodów domowych; właśnie ze względu na wysoką umieralność kobiet i dzieci oraz brak możliwości stworzenia odpowiednich warunków dla odbywania porodów w domu. Wtedy większość kobiet rodziła w domu pod opieką i z pomocą położnej. Śmiertelność płodów i noworodków była jednak bardzo wysoka, prawie sześć razy wyższa niż dzisiaj i wynosiła około 80 na 1000 porodów wobec 13 obecnie. Gdy w późnych latach pięćdziesiątych przejęliśmy wszystkie porody do szpitali (taki trend panował zresztą na całym świecie), oddaliśmy wszystko w ręce lekarza. I cóż możemy zaobserwować? Po pierwsze – powstała oczywiście „masówka". Po drugie – brak bezpośredniego kontaktu międzyosobowego, zupełnie jak w koszarach, brak intymności. Dwie, trzy lub cztery kobiety rodzą w różnych fazach zaawansowania porodu prawie jednocześnie, dzieci są zaraz potem przenoszone gdzieś na oddział noworodków. Potem na komendę dzieci są karmione, ważo-

ne i tak samo wszystkie razem poddawane zabiegom pielęgnacyjnym i higienicznym. Na te niedogodności można by się jeszcze zgodzić, gdyby matki miały kontakt z dziećmi i widziały, co się z nimi dzieje. Intymność stanowi ważną wartość, ale myślę, że kobiety preferują bezpieczeństwo. Chodzi o to, żeby zająć się matką i dzieckiem. A tak się dzieje wtedy, gdy jedna położna przypada na jedną rodzącą. Owszem, starano się w klinikach i oddziałach położniczych stworzyć tego typu opiekę w czasie porodu; położne lub słuchaczki szkół położniczych asystowały rodzącej kobiecie i pomagały jej, wspierały ją psychicznie i służyły fachową pomocą. Domowy poród jednak – jak to dawniej bywało – to obecność rodziny, a przynajmniej ojca dziecka wspierającego żonę w tym trudnym okresie. W klasycznym położnictwie szpitalnym nie było jednak na to miejsca z powodu ciasnoty, obawy przed zakażeniem itp. W klinice, którą prowadziłem, rodziło się 3,5 tys. dzieci rocznie w warunkach pięćdziesięciu łóżek i ciasnych korytarzy; było zupełnie nie do pomyślenia, aby mogli być wtedy obecni ojcowie. Taka była sytuacja większości szpitali w Polsce w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych charakteryzujących się wysoką liczbą porodów. Idea porodów domowych powstała na Zachodzie wtedy, gdy zaczęła spadać liczba urodzeń – dziecko zaczęło być cenne, dziecko zaczęło być ważne. Poza tym trzeba uświadomić sobie jeszcze jedno: wszędzie tam, gdzie jest dobrobyt, wysoki standard cywilizacyjny, dobra komunikacja i dobre warunki domowe, tam idea powrotu do porodów domowych szybko zyskała popularność.

Ale trzeba sprowadzić wszystko do właściwego wymiaru. Weźmy na przykład Holandię. Parę lat temu byłem na zjeździe Europejskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej w Nijmegen. Działa tam prof. Eskes, który jest jednym z współtwórców medycyny perinatalnej. Gdy jego asystentka referowała na zjeździe problemy porodowe z poprzedniego roku w tej prowincji, okazało się, że około 35% porodów odbyło się w domu. Wszystkie dzieci urodziły się w bardzo dobrej kondycji; matki również przeszły poród bez komplikacji. Po tym referacie zapytano z sali: „Jeżeli macie tak świetne wyniki przy porodach domowych, to dlaczego w ogóle rodzi się w szpitalach? Gdyby wszystkie dzieci rodziły się w domu, mielibyście wskaźnik śmiertelności zero i dzieci w świetnej kondycji". Na sali zapanowała ogólna wesołość. Profesor Eskes jednak wyjaśnił, że w domu de facto rodzą tylko wybrane kobiety nie obciążone ryzykiem porodowym. Okazało się więc, że dotyczyło to kobiet, których ciąża przebiegała od początku prawidłowo. Trzeba jeszcze dodać, że w domu zaczynało się około 60% wszystkich porodów, a kończyła z tego w domu prawie połowa. W toku porodu bowiem okazuje się często, że coś się komplikuje – poród się przedłuża lub życie dziecka jest zagrożone – i wtedy natychmiast rodzącą pacjentkę przenosi się do szpitala. A więc jest tu wybór ciąż do porodów domowych i pełne zabezpieczenie w przypadku powikłań, które – uprzednio nieprzewidziane – mogą wystąpić w czasie porodu.

Gdy chodzi o obecność ojca przy porodzie, to na podstawie naszego doświadczenia jestem przekonany, że te małżeństwa, które chcą i które są do tego przygotowane - zwłaszcza młode małżeństwa - mogą w taki sposób rodzić. W naszej klinice jest jeden pokój przeznaczony specjalnie na to. Teraz okazało się, że to nie wystarcza i przygotowaliśmy jeszcze dwa dodatkowe pomieszczenia. W takich warunkach mąż może uczestniczyć w porodzie. Mężowie przechodzą kilkutygodniową szkołę rodzenia. Początkowo niektórzy lekarze obawiali się, że mąż może przeszkadzać, że będzie im patrzył na ręce i się denerwował, i że ten nastrój udzieli się też otoczeniu. Nic podobnego! Mąż zajmuje się żoną, rozmawia z nią, ona się czuje bezpieczna, bo ma kogoś bliskiego przy sobie, kto przy tym jest zorientowany w przebiegu porodu (obydwoje przecież chodzili na kurs rodzenia). Gdy zbliża się druga faza porodu, niektórzy mężowie na ten czas wychodzą, gdy kobiety sobie tego życzą, a niektórzy zostają. I to już nie my o tym decydujemy, lecz rodzice dziecka.

W.CH.: *Panie Profesorze, przejdźmy teraz do następnego tematu, który, jak sądzę, jest ważny i interesujący dla czytelników „Ethosu". Mianowicie, jak wiadomo, w ustawie o ochronie życia istnieje, niestety, klauzula dopuszczająca przerywanie ciąży, gdy wyniki badań prenetalnych okażą się niepomyślne. Czy uważa Pan jako praktyk, że rzeczywiście tego rodzaju badania mogą być wiążące dla decyzji o przerwaniu ciąży? Czy istnieją takie wyniki badań, które ze stuprocentową czy prawie taką pewnością mogą za tym przemawiać?*

M.T.: Ja bym to powiedział inaczej. Istnieją z technicznego punktu widzenia metody, za pomocą których można – na przykład wykorzystując badania genetyczne lub ultrasonografię – wykazać, że występuje wada, która uniemożliwia przeżycie – w ekstremalnym wypadku, dajmy na to, bezczaszkowca. Może też zostać wykryta u dziecka wada serca albo wada innego układu, na przykład nerek. Niektóre z tych wad można leczyć operacyjnie po urodzeniu się dziecka, ale niektóre nie dają szans przeżycia i konieczna byłaby operacja wewnątrzłonowa. Niedawno, w 1993 roku, słyszeliśmy o tego rodzaju przypadku – operowaniu wodogłowia u dziecka w klinice w Tychach. Operacje na płodzie w łonie matki to heroiczna próba ratowania życia. A zatem badania prenatalne umożliwiające wykrycie patologii rozwijającego się płodu spełniają często pozytywną rolę, gdyż rozszerzają naszą wiedzę i pozwalają szukać dróg wyjścia w niekiedy nawet bardzo skomplikowanych sytuacjach.

Gdyby natomiast badania te miały służyć celom eugeniki negatywnej byłoby to bardzo źle. Myślę jako lekarz, że jesteśmy od ratowania i pomocy, nie od czegokolwiek innego. W niektórych przypadkach rzeczywiście raczej wiemy, że płód albo wcześniej obumrze, albo urodzi się, lecz nie będzie zdolny do życia. Przesądzanie jednak tego wcześniej i rozstrzyganie na rzecz śmierci byłoby właśnie moralnie nie do przyjęcia. Niektóre wady genetyczne związane

z aberracjami chromosomalnymi są niezwykle rzadkie. Więcej jest szumu wokół tej sprawy niż realnego zagrożenia. Jednakże zwracanie uwagi na wady wrodzone ma sens, bo powoduje działania zmierzające do znalezienia odpowiednich metod leczenia i zapobiegania. Trzeba przy tym pamiętać, że likwidacja patologii rozwoju poprzez likwidację osoby nią dotkniętej nie jest żadną z tych metod: ani leczeniem, ani zapobieganiem. I z punktu widzenia medycznego nie może to być także argument za dopuszczalnością przerywania ciąży.

W.CH.: *Drugie wskazanie aborcyjne w tej ustawie: poród zagrażający życiu matki. Czy to są częste przypadki i czy istnieją takie sytuacje, że rzeczywiście trzeba wybrać i poświęcić jedno życie?*

M.T.: Przypadki zagrożenia dla życia matki wynikające bezpośrednio z zaistnienia ciąży są niezwykle rzadkie. Wszystkie te wskazania są jednak dla mnie raczej względne, a nie bezwzględne. Gdybyśmy bowiem powiedzieli, że jakieś wskazanie jest bezwzględne, to znaczyłoby, że my już z góry znamy wynik, czyli wydajemy wyrok. Nie mamy takich możliwości diagnostycznych, nawet przy chorobach nowotworowych nie mówimy, że człowiek na pewno umrze. Różnie czasem bywa, na przykład choroba może zatrzymać się w jakimś stadium. Istnieje oczywiście rozpowszechniony pogląd na temat pewnych przeciwwskazań do kontynuowania ciąży, wówczas gdy ciąża może spowodować kryzys. Przeciwwskazania te mają swoje źródło w chorobach matki – trudno w tej chwili omawiać wszystkie patologie. W podręcznikach na ten temat można z każdego działu wybrać po kilka przeciwwskazań. Weźmy choćby wady serca, które są ogólnie uznanym tego rodzaju przeciwwskazaniem. Ale nie każda wada serca przecież musi zaraz stanowić problem nie do przezwyciężenia. Dużo ciąż jest prowadzonych mimo wad serca. Są pacjentki, które uciekają od lekarzy twierdzących, że należy z powodu wady serca przerwać ciążę, i gdzie indziej prowadzone rodzą z powodzeniem i bez nadmiernego ryzyka.

Znam taki przypadek kobiety, lekarki zresztą, z poważną wadą serca, której powiedziano, że jest wariatką, jeżeli chce kontynuować ciążę i urodzić. Ona tymczasem spokojnie dotrwała do końca ciąży i urodziła, pod dobrą opieką internistyczną, swoje pierwsze dziecko. Potem zaś urodziła także drugie. Ale są i takie przypadki – sam osobiście to przeżyłem – że pacjentka, która była po operacji serca – nawiasem mówiąc nielikwidowalnej wady, przy czynnej chorobie reumatycznej – i przyjmowała antybiotyki, zaszła w ciążę. Gdy lekarze jej kategorycznie oznajmili, że musi ciążę przerwać, uciekła od nich i przyszła do kliniki już po połowie ciąży, gdy wiedziała, że wtedy już absolutnie nikt nie będzie jej nakłaniał do aborcji. Była prowadzona jeszcze przez dwa miesiące, stan jej zdrowia nie rokował przeżycia, nawet gdyby tej ciąży nie

było. Zostało wykonane cięcie cesarskie w siódmym miesiącu ciąży, ale nie uratowało to życia ani dziecku, ani pacjentce. To są przypadki ekstremalne. Lecz oto inny przykład. Kobieta z odleglejszych stron Polski leczona operacyjnie przy dużej wrodzonej wadzie serca (tetralogia Fallota) miała wykonane dwa udane cięcia cesarskie w kolejnych ciążach – ma dwoje dzieci. Ostatnio zaszła kolejny raz w ciążę i chciała urodzić dziecko. Lekarze jednak jej powiedzieli, że trzeciej ciąży nie przeżyje i poradzili, aby tę ciążę przerwała. Przyjechała więc do naszego szpitala z prośbą, by ją prowadzić. Konieczne były konsultacje z instytutem, w którym się dotąd leczyła. Z konsultacji wynikało, że z uwagi na to, iż jednak istnieje zagrożenie, a pacjentka ma już dwoje dzieci, przerwanie ciąży jest wskazane. Nasza ocena była następująca: konsultant widział wskazania do przerwania ciąży, jednak nie kardiologiczne. Argumentem dla niego było to, że pacjentka ma już dwoje dzieci, radził więc nie ryzykować. Ale pacjentka chciała mieć trzecie dziecko i był to główny czynnik decyzji pozytywnej. Kobieta ta urodziła dziecko, tym razem bez cięcia cesarskiego, bez problemu, w dobrym stanie ogólnym, i wdzięczna i szczęśliwa wyszła do domu.

Innym przypadkiem może być ciężkie uszkodzenie nerek. Jednakże zachodzi również niebezpieczeństwo, że przerwanie ciąży w jakimkolwiek okresie w wypadku tego rodzaju schorzenia może spowodować podwójną tragedię.

W.CH.: *Jak by Pan określił procentowo ilość takich dramatycznych sytuacji w stosunku do wszystkich porodów?*

M.T.: Są to sporadyczne przypadki. Myślę, że można liczbę ich szacować na mniej niż 50 rocznie, co przy około 500 tys. porodów stanowiłoby 1 przypadek na 10 tys. porodów, a na pewno nie więcej niż 1 na 1000 – jeżeli przyjąć bardziej liberalne kryteria zagrożenia życia.

W.CH.: *Kolejnym zjawiskiem związanym z rozwojem cywilizacji jest przesuwanie się granicy wieku rodzących kobiet. Takimi ekstremalnymi przypadkami są bliźniaki urodzone w 1993 r. przez 59-letnią Angielkę i tegoroczna ciąża 63-letniej Rosanny Della Corte z Włoch. Te przypadki wiążą się zresztą z interwencją techniki, manipulowaniem jajeczkami i innymi zachowaniami co najmniej wątpliwymi moralnie. Ale abstrahując nawet od tych sensacyjnych faktów, dziś tempo życia i zaangażowanie kobiet w naukę lub pracę skłania je do „odkładania ciąży na później". Czy ta tendencja jest niekorzystna według Pana, Profesorze, i w jakim wieku kobieta rodzi optymalnie?*

M.T.: Jak we wszystkim, tak i w rodzicielstwie przesada w każdym kierunku jest co najmniej niewskazana. Pewien odsetek kobiet (w naszym kraju raczej niewysoki) rodzi w wieku bardzo młodym, poniżej 18 roku życia.

W tej grupie młodszych matek pojawia się wiele problemów rodzinnych i los ich dzieci bywa nie najlepszy. Ze względu na wiek najkorzystniejsze lata do rodzenia dzieci z punktu widzenia biologicznego mieszczą się w przedziale między 18 a 28 rokiem życia. Rzeczywiście w tym okresie odbywa się najwięcej porodów (poród pierwszy jest obarczony nieco większym ryzykiem niż kolejne). W późniejszych latach więcej kobiet rodzi po raz drugi i następny. Są to kobiety młode i z reguły zdrowe, a organizm ich zdał już egzamin przy pierwszym porodzie. Dlatego dzieci drugie rozwijają się zwykle prawidłowo i są rodzone w lepszych warunkach niż pierwsze. Dotyczy to nie tylko warunków biologicznych, ale także przygotowania psychicznego młodych matek, które mają już poza sobą doświadczenia pierwszej ciąży i porodu.

Powstaje pytanie: jak długo należy czekać z urodzeniem następnego dziecka w rodzinie, która nie chce wychowywać tylko jedynaka? Na to pytanie można otrzymać różne odpowiedzi. Przytoczę tu zdanie prof. Geofreya Chamberlaina – kierownika Kliniki Położniczo-Ginekologicznej w Londynie, prezydenta Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów – który zapytany o to, powiedział: „Jedno chodzi, drugie w drodze – to jest minimalny odstęp czasu między porodami, trzy lata stanowią optimum, lecz pięć lat to już lekka przesada". Urodzenie dwojga dzieci na ogół nie stanowi dla młodych małżeństw dużego problemu – z każdego punktu widzenia rzecz rozpatrując; natomiast odkładanie urodzenia następnego dziecka na lata późniejsze często kończy się pozostaniem przy tym, które już jest. Według francuskiego wybitnego demografa prof. Louisa Henry, autora wielu prac z zakresu pomiarów ludzkiej płodności – jeżeli w młodym małżeństwie w ciągu pierwszych trzech lat nie rodzi się pierwsze dziecko, to prawdopodobieństwo jego urodzenia się do piątego roku trwania małżeństwa spada o połowę niezależnie od czynników, które są przyczyną tej bezdzietności. Roztropność nakazywałaby urodzenie dzieci w tym okresie rozwoju rodziny, kiedy istnieją najlepsze po temu warunki biologiczne i psychiczne, czyli stosunkowo wcześnie. Dylemat polega jednak na tym, że w tej początkowej fazie rozwoju rodziny nie sprzyjają temu warunki innego rodzaju. Tak więc wybór należy do przyszłych rodziców.

Późne urodzenie dziecka, zwłaszcza po 40 roku życia, jest obciążone większym ryzykiem wcześniactwa i wad rozwojowych. Dawniej kobiety rodziły po 40 roku życia, jednak nie było to ich pierwsze dziecko. I dzisiaj takie porody się zdarzają, i one stanowią większe ryzyko dla matki i dla dziecka. W rodzinach wielodzietnych, o niskim standardzie życiowym, troskliwa opieka przedporodowa i pomoc socjalna pełnią, a w każdym razie pełnić powinny, zasadniczą rolę. Obecnie częściej w tym wieku kobiety rodzą po dłuższej przerwie pierwsze lub drugie dziecko. W tej grupie kobiet przy dobrym prowadzeniu ciąży ryzyko wcześniactwa lub trudnego porodu nie jest wielkie; jest porównywalne z ryzykiem kobiet rodzących między 35 a 40 rokiem życia.

W.CH.: *Jak by Pan ocenił polskie położnictwo i ginekologię? Jakie są – w stosunku do innych krajów – nasze pozytywy, a jakie wady w tych dziedzinach?*

M.T.: Położnictwo i ginekologia w Polsce jako zawód i nauka w porównaniu z Europą Zachodnią nie ustępują pod względem przygotowania fachowego najlepszym klinikom i uczelniom zachodnim. Pod względem jednak technicznego wyposażenia ustępujemy przodującym krajom Zachodu. Ale nasi lekarze i naukowcy cenieni są w świecie wysoko, w klinikach i uczelniach w Stanach Zjednoczonych i w Europie Zachodniej. Wielu z nich dopiero tam znalazło odpowiednie warunki techniczne i laboratoryjne, aby rozwinąć swoje talenty i zyskać liczącą się w świecie pozycję. Nasze zacofanie techniczne jest znaczne. Nie wszystkie jednak zdobycze Zachodu należałoby u nas rozpowszechniać. Jest tam wiele działań klinicznych podejmowanych niepotrzebnie, a nawet ze szkodą dla pacjentów. Ogromny nacisk bogatego przemysłu farmaceutycznego powoduje na Zachodzie kolosalne zużycie rozmaitych leków bez dostatecznego uzasadnienia. Zaczynamy i my to odczuwać w postaci agresywnej reklamy różnych środków farmaceutycznych i praktyk paramedycznych, które budzą zainteresowanie w społeczeństwie, a mogą poczynić duże szkody. Tych kierunków nie należałoby popierać ani propagować, jak to się dzieje z reklamą popularnych witamin, aspiryn i innych środków.

W.CH.: *Na koniec pytanie bardziej wiążące się z ethosem niż medycyną. Czy wiara katolicka zaznacza się na stosunku, z jednej strony, matka-dziecko, a z drugiej, pacjentka-lekarz?*

M.T.: Pytanie ciekawe, jeszcze nikt mi takiego nie postawił, ale trudne zarazem, jako że nigdy żadnej kobiety w gabinecie lekarskim ani w oddziale położniczym czy ginekologicznym o jej wiarę nie pytałem. Jednak po pewnym zastanowieniu mogę powiedzieć, że w okolicznościach szczególnych, gdy matce trudno zgodzić się na macierzyństwo, często wypływa w rozmowie motyw wierności zasadom wynikającym z wiary katolickiej – i to wcale nie z inspiracji lekarza. Kobiety zgłaszają się do poradni z prośbą o pomoc w uregulowaniu ich problemów rodzinnych związanych z planowaniem rodziny: jeżeli przestrzegają zasad etyki katolickiej, zwykle podkreślają, że zależy im na metodach naturalnych; te zaś kobiety, które stosowały różne środki rozpowszechniane w ramach akcji „zapobiegania niepożądanej ciąży”, często przychodzą z prośbą o wyjaśnienie zasad stosowania i sposobu działania owych środków, podkreślając, że dotychczas nikt ich w tym względzie nie informował.

Kazuistyka poradniana dotycząca stosunków matka-dziecko i pacjentka-lekarz jest nader bogata. Pochodzi ona głównie z okresu, gdy przerwania ciąży były dozwolone na życzenie pacjentki, praktycznie bez żadnych ograniczeń.

Kobiety, które nie przyjęły w przeszłości macierzyństwa, często zwierzały się potem przy okazji różnych wizyt lekarskich, że czyn ten oceniają jako swoją klęskę lub że tego dzisiaj żałują. Nie wszystkie jednak kobiety przychodzące z prośbą o skierowanie na przerwanie ciąży zdawały sobie sprawę z istoty tego zabiegu i jego skutków dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Rozmowa z tymi pacjentkami wyjaśniała obu stronom wiele. Nieliczne były takie, które decydowały się na wszelkie konsekwencje, utrzymując, że jest to dla nich jedyna droga. Lekarz, który pragnął głębiej poznać powody tego rodzaju decyzji, który podejmował trudny dialog w obronie dziecka, spotkać się mógł z epitetem, że jego postawa wynika z wiary, mimo że argumenty, których używał, wcale nie miały charakteru „kościelnego". Ja unikałem na ogół odwoływania się do sumienia lub do zasad etycznych, uważając, że nie mam prawa mówić czegoś takiego, co może być odebrane jako chęć pouczania, skoro sam w sytuacji pacjentki nigdy nie będę, a ona wie o tych zasadach tyle samo, co ja. A jeśli przyszła z taką decyzją, to jest mniej lub bardziej zdecydowana je złamać. Moje argumenty światopoglądowe będą więc nieskuteczne – zwłaszcza, że ode mnie jako lekarza oczekuje się innego rodzaju wiedzy i pomocy.

Lublin, 12 stycznia 1994 r.